横須賀共済病院　健診予定者名簿

FAX:046-821-1388

（住所1）

フリガナ 名称			
	ご担当者様	様	
所在地			
TEL		FAX	

（住所2）（住1)と異なる場合のみ記入

フリガナ 名称			
	ご担当者様	様	
所在地			
TEL		FAX	

◎希望する方法を〇で囲んでください（必須）

案内送付先	自宅	住所 1	住所 2
1日の 受診人数	希望なし	1日1人	1日（　）人
支払方法	全て 窓口支払	全て 会社請求	＊会社請求 一部窓口
	＊（　　）		
	会社宛請求書の宛先	住所1・住所2	
結果報告書 送付先	自宅	個人情報保護法により、ご自宅のみとさせていただきます	

←1日5人迄

＊ 例：胃カメラは窓口払　など具体的に記入をお願いします

＊ 生活習慣病予防健診対象者一覧もあわせてFAXをお願いします。

診察券番号	（フリガナ） 健診者氏名	性別	生年月日 （和暦）	郵便番号・電話番号・住所	備考欄 （追加・変更項目他）	健診希望日 （日付、曜日、週など）
5	旧姓 （　　）	男・女	昭和・平成 年　月　日	〒　　TEL		
5	旧姓 （　　）	男・女	昭和・平成 年　月　日	〒　　TEL		
5	旧姓 （　　）	男・女	昭和・平成 年　月　日	〒　　TEL		
5	旧姓 （　　）	男・女	昭和・平成 年　月　日	〒　　TEL		
5	旧姓 （　　）	男・女	昭和・平成 年　月　日	〒　　TEL		
5	旧姓 （　　）	男・女	昭和・平成 年　月　日	〒　　TEL		
5	旧姓 （　　）	男・女	昭和・平成 年　月　日	〒　　TEL		
5	旧姓 （　　）	男・女	昭和・平成 年　月　日	〒　　TEL		
5	旧姓 （　　）	男・女	昭和・平成 年　月　日	〒　　TEL		
5	旧姓 （　　）	男・女	昭和・平成 年　月　日	〒　　TEL		